



DOCUMENTO SANIDAD Y SALUD PÚBLICA

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia por infección por Coronavirus SARS tipo 2 se ha convertido en la **crisis de salud pública** con los efectos más devastadores sobre la salud y la situación económica de las personas que ha vivido nuestro país en el último siglo.

Las **primeras alertas internacionales** en relación con el virus se produjeron en el mes de enero de este año y el 30 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote SARS-CoV-2 como una emergencia de Salud Pública de importancia internacional. El 11 de febrero, la OMS elevó a “amenaza muy grave” la alerta sanitaria, el 28 de febrero a alerta internacional “muy alta” y el 11 de marzo consideró que había alcanzado la dimensión de pandemia. El Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (CEPCE), por su parte, publicó el 2 de marzo un informe en el que pedía evitar la asistencia de la población a reuniones masivas. Pese a todo ello, no fue hasta el 14 de marzo cuando el Gobierno declaró mediante el Real Decreto 463/2020 el estado de alarma.



Minimizar estas alertas internacionales nos ha generado una crisis de salud pública, que ha sumido al sistema sanitario en una situación cercana al colapso, nunca vivida con anterioridad. Las autoridades españolas marcaron una estrategia nacional erróneamente basada en un escenario de muy pocos casos, muy localizados y tratados en un solo Centro.

Es evidente que **el sistema de alerta epidemiológica no funcionó adecuadamente**. La primera muerte registrada tuvo lugar el 13 de febrero, si bien no fue detectada hasta el 3 de marzo tras un cambio de criterio de la definición de casos realizado por el Ministerio de Sanidad el 27 de febrero. Las decisiones sobre la estrategia epidemiológica del Gobierno de España han sido, en demasiadas ocasiones, erráticas y dubitativas.



El Gobierno de España tampoco gestionó adecuadamente el **abastecimiento de material sanitario**. La OMS había alertado repetidamente sobre la necesidad de equipos protectores y el riesgo de "rápido agotamiento" de las existencias. China e Italia ya habían experimentado situaciones de desabastecimiento. Aun así, el Gobierno de España, infravaloró la alerta de la OMS y las experiencias de otros países y no tomó ninguna medida para asegurar su abastecimiento ni alertó a las Comunidades Autónomas para que se preparasen para la pandemia. La compra de material por parte del Gobierno llegó tarde y la centralización de la gestión de la compra fue una decisión carente de sentido que se tradujo en un serio desabastecimiento de material sanitario básico. A día de hoy, millones de equipos siguen sin haber sido entregados y muchos de los entregados han resultado ser defectuosos.

Por otro lado, esta falta de stocks y de material de protección, ha puesto en evidencia **el peligro que supone la inexistencia de una industria nacional de material sanitario**. Dependier exclusivamente de terceros países para aprovisionarse de material estratégico ha demostrado ser un riesgo inasumible para España.



La **coordinación entre administraciones públicas tampoco funcionó adecuadamente** durante la pandemia. El Ministerio de Sanidad no ha sido capaz de funcionar como el nodo central de un sistema de respuesta a la crisis sanitaria, que alinease a todos los actores implicados. Su centralización de competencias a menudo ha supuesto más obstáculos para la recuperación que soluciones para la crisis.

En este sentido también ha sido notoria la **ausencia de protocolos de actuación** impulsados por el Ministerio de Sanidad. Las administraciones a menudo no tuvieron indicaciones claras a seguir y a la población se le lanzaron mensajes, como por ejemplo los referidos a la utilización de mascarillas, que fueron desmentidos con posterioridad a golpe de Real Decreto-Ley. A esto se le ha sumado la falta de información fiable y veraz suministrada por el Ministerio de Sanidad. Todo ello ha derivado en que la respuesta de las administraciones sanitarias en su conjunto resultase a menudo confusa e ineficaz, motivada por las continuas rectificaciones de protocolos y normativas dictados por el Ministerio de Sanidad.



Las **consecuencias de esta errada gestión de la crisis han sido dramáticas**. España se encuentra entre los peores países del mundo en términos de personas contagiadas (más de 240.000 casos registrados), de personas fallecidas (oficialmente, más de 28.000 con prueba de PCR confirmada) por millón de habitantes y de enfermos graves ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Todo ello, además, en el contexto de **un continuo baile de las cifras ofrecidas por el Ministerio de Sanidad** que hacen dudar seriamente de que los 28.000 muertos oficiales sea la cifra real de personas fallecidas (el INE, por ejemplo, cifró en 48.000 el número de fallecimientos excesivos con respecto a 2019). Es inexplicable y ofensivo tanto para las víctimas del COVID como para sus familias que se excluya a miles de personas del hecho de que han muerto como consecuencia del virus y que durante dos semanas del mes de junio el Ministerio de Sanidad ni siquiera haya actualizado la cifra oficial de fallecidos, nuestro recuerdo a todas las víctimas y nuestras condolencias con todas las familias.



Los **sanitarios han sufrido en primera línea la mala gestión de la pandemia**. A finales de febrero, sus Organizaciones Profesionales eran advertidas por el Ministerio para suspender actos, congresos, jornadas, etc. y sin embargo no se tomaron medidas con la diligencia que pudiese evitar que más de 50.000 profesionales sanitarios hayan sido infectados. España también ostenta el triste récord de tener el porcentaje más alto de sanitarios infectados del mundo. Muchos de ellos siguen enfermos o han fallecido. Por respeto a su trabajo y dedicación no debemos obviar el desgaste físico y psicológico al que han tenido que someterse y que en estos momentos afecta a la práctica totalidad del sistema.

El **Sistema Nacional de Salud se ha visto sometido a un gran estrés**. No hay sistema sanitario capaz de resistir una avalancha de enfermos de las características de la que hemos vivido. España ha llegado a tener más de 6.000 pacientes en UCI y 950 fallecidos en un solo día. Sin embargo, nuestro sistema reaccionó y fue capaz de reconvertirse en poco tiempo, aunque en algún momento, situaciones de sobrecarga pusieron a ciertos servicios hospitalarios al límite del colapso haciendo necesaria la limitación terapéutica por escasez de recursos.



También es de destacar los efectos del COVID 19 sobre las personas que viven en las residencias de mayores, que han sido las principales víctimas del retraso en la toma de decisiones ante la alerta epidemiológica. Las medidas de aislamiento y protección llegaron tarde y salvo excepciones ha quedado patente la debilidad de la coordinación asistencial con los centros sociosanitarios.

La situación asistencial vivida durante los meses de más auge de la pandemia de la COVID-19 nos ha llevado a desarrollar en paralelo **otra crisis sanitaria**, provocada por el incremento de las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialistas, pruebas diagnósticas, tratamientos de rehabilitación... Retrasos en el diagnóstico y atención de pacientes de otras enfermedades como el cáncer y las cardiovasculares.

Esta crisis ha revelado **una serie de debilidades y de reformas pendientes de nuestro Sistema Nacional de Salud** que debemos afrontar con urgencia. Debemos corregir sus errores y carencias, así como reforzar sus aciertos y fortalezas. Para el Partido Popular, esto pasa necesariamente por un **Pacto de Estado en Sanidad**, el cual hemos denominado “**Pacto Cajal**”.



Nuestro **sistema sanitario y sus modelos de organización fueron diseñados para la realidad sociodemográfica de la década de los 80**. La realidad actual de la sociedad española es muy diferente. La España del año 2020 está caracterizada por uno de los índices de envejecimiento más altos del planeta y por una elevada prevalencia de cronicidad y de enfermedades discapacitantes de larga evolución que hacen obsoleto el modelo asistencial actual. La demanda de cambios se ha convertido en una exigencia.

La **entrega, flexibilidad y capacidad de adaptación de los profesionales y de las organizaciones sanitarias** han sido encomiables, como lo han sido el alto grado de responsabilidad de la población en general, la rápida implementación de la telemedicina y las nuevas tecnologías al servicio de la sanidad, la alineación de toda la sanidad pública y privada bajo una única dirección o la innovación de la farmacia comunitaria.

Pese a ello, son necesarias reformas de calado que permitan la implementación de una **nueva visión de los sistemas de salud** y su convergencia con los sistemas europeos.



Todo esto es particularmente necesario habida cuenta del hecho de que puede surgir **un rebrote de la pandemia**. Muchos comparecientes lo dieron por hecho durante la comisión de reconstrucción; no pudieron definir su virulencia, pero previeron que es muy previsible que pueda ocurrir en octubre o noviembre. España, necesariamente, deberá estar preparada para este o cualquier otro rebrote.

En función de todo ello, este dictamen está dirigido a dar **un nuevo impulso reformista al SNS**. Sus distintos apartados irán desgranando la propuesta de forma sistemática. En cada uno de ellos se diferenciarán **los objetivos a corto plazo de los de medio o largo plazo**. Los primeros no requerirán de grandes reformas legislativas, pero los segundos sí. Todos estos cambios serán necesarios, en cualquier caso, para hacer frente a los retos sanitarios de la España del Siglo XXI.



2. SANIDAD

2.1 El impacto PostCovid19 y las medidas para la normalización en la gestión asistencial a corto plazo

1. Ante **el riesgo de rebrotes, es fundamental** planificar una **organización adecuada** de los recursos con **protocolos coordinados** de actuación involucrando al potencial científico-investigador y **mantener y, si fuese necesario, reforzar la capacidad asistencial**, con espacios adaptados para camas, UCIs, laboratorios de microbiología, etc. que constituirán la **reserva estratégica de recursos sanitarios** que pueda servir además para hacer frente a futuras pandemias u otro tipo de desastres.
2. **Mejorar la continuidad asistencial** a través de la transformación tecnológica y romper barreras entre la atención primaria, hospitalaria y servicios sociosanitarios, impulsando rutas asistenciales que giren alrededor de las necesidades de los pacientes.
3. Dotar de medios y capacidad resolutive a la Atención Primaria.
4. Impulsar activamente la **hospitalización a domicilio** y los servicios comunitarios vinculados a la Atención Primaria.



5. **Plan de acción urgente frente a futuras pandemias** y en concreto, frente a un posible rebrote de la pandemia del coronavirus.
6. La crisis está dejando en evidencia la debilidad de nuestro sistema de vigilancia epidemiológica. La entrada de personas afectadas en nuestro país puede suponer un elevado riesgo. Debemos contar cuanto antes con un **plan de refuerzo de los sistemas de vigilancia** que contemple los recursos tecnológicos y un **pool de profesionales** especializados necesarios para dar una respuesta adecuada ante cualquier crisis que ponga en riesgo la salud individual y colectiva
7. La asistencia sanitaria después de la pandemia debe volver cuanto antes a la normalidad tras sufrir una paralización en los procesos no urgentes. A tal fin ha de establecerse un **plan de recuperación de la actividad asistencial** en todos los niveles de atención al paciente mediante la reprogramación de consultas, la recuperación de las intervenciones quirúrgicas, la práctica de pruebas diagnósticas aplazadas y el abordaje de los diferentes tratamientos, tanto hospitalarios como extra hospitalarios, que durante el período de la pandemia se han visto paralizados.
8. Crear una verdadera red de laboratorios de microbiología que, junto con el Centro Nacional de Microbiología, funcionen en red y den capacidad de respuesta rápida y coordinada.



9. **Los profesionales sanitarios merecen el más alto reconocimiento de la sociedad española**, ya que han demostrado en todo momento una entrega y una atención sin límites a los pacientes, a pesar de la carencia de los medios disponibles (en particular, de los equipos de protección individual y los respiradores). Con generosidad asumieron el riesgo de contagio y pusieron la salud de los pacientes infectados por delante de la suya. El esfuerzo que han llevado a cabo los profesionales sanitarios y personal de residencias hace necesario que sea contemplada una **retribución extraordinaria** en reconocimiento a su esfuerzo durante la pandemia de la COVID-19. Así mismo, la intensa y arriesgada dedicación de los profesionales sanitarios durante la COVID-19 requiere calificar esta actividad como **enfermedad profesional**, tanto por razones de correcta calificación jurídica como por las consecuencias prestacionales correspondientes en el terreno económico y en el asistencial.



2.2 Gobernanza del sistema sanitario en todos los niveles asistenciales

10. Nuestro modelo de gestión descentralizada a cargo de los Servicios Autonómicos de Salud ha acercado la sanidad a los ciudadanos, pero en su desarrollo han sobrevenido problemas de coordinación, que trató de resolver la Ley de Cohesión y Calidad de 2003. Dicha Ley fortaleció el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero en el devenir del tiempo ha evidenciado no ser suficiente en su función de gobernanza. De ahí que se haga necesario **reforzar el andamiaje institucional, diseñando nuevas vías para lograr una efectividad mayor en la coordinación sanitaria y en la efectividad de sus acuerdos.**

11. La crisis vivida durante la pandemia de la COVID-19 nos obliga a reforzar la **Sanidad Exterior** tanto en recursos humanos como técnicos para afrontar una respuesta más ágil en materia de vigilancia epidemiológica y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros.



12. Para una mejor gobernanza del Sistema Nacional de Salud y fomentar mecanismos de cooperación sinérgica entre los servicios asistenciales y de salud pública de las Comunidades Autónomas, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, sería necesaria la creación de una **Agencia Nacional de Salud Pública y Calidad Asistencial**. Dicha Agencia contaría con una gestión y dirección profesionalizada, con una unidad de seguimiento de pandemias y estaría formada por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas, bajo la coordinación de la Administración General del Estado. A su cargo, además, correría la ejecución de las estrategias sanitarias de ámbito estatal, aprobadas o que puedan aprobarse en un futuro. Tendría naturaleza de organismo autónomo y su carácter sería fundamentalmente técnico. Contaría, además, con un presupuesto propio y a ella estaría adscrito el Fondo de Cohesión Territorial.

13. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud requiere **un nuevo reglamento de funcionamiento** que actualice al vigente y sea convergente con lo establecido para las conferencias sectoriales en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.



14. Para que la **gobernanza** mejorase también habría que hacerla **más participativa**, siendo preciso la incorporación de las Asociaciones de Pacientes y de las Sociedades Científicas al Comité Consultivo del Consejo Interterritorial. Los pacientes pueden colaborar aportando sus experiencias para dar solución a los problemas que les afectan directamente. Asimismo, habría que **impulsar los planes y las medidas de Humanización asistencial** y evitar que la superespecialización y la tecnomedicina acaben postergando los valores del humanismo, la dignidad y la libertad de los pacientes.
15. Además de la participación es necesario promover la **transparencia del sistema a través de indicadores sanitarios** que evalúen los resultados del sistema sanitario en cuanto a efectividad clínica, eficiencia seguridad y satisfacción de los pacientes
16. Es necesario incorporar la transformación tecnológica a la **continuidad asistencial de los procesos**, incluir la coordinación con los servicios sociales y aumentar el protagonismo de los profesionales sanitarios y de los pacientes en la toma de decisiones.
17. Establecer una atención coordinada a las personas que han padecido la pandemia y a sus familias a través de una **Oficina de Atención a las Víctimas de la COVID-19**.



18. Es necesario potenciar **modelos de gestión eficientes** para que la organización sea capaz de adaptarse a un entorno cambiante por muchas razones, desde horarios, factor estacional, tecnológico y recientemente epidémico. Hay que poner en marcha desde medidas de trabajo cooperativo, hasta la organización por procesos, la multidisciplinariedad y evolución de roles profesionales, la implantación de sistemas clínicos y el desarrollo de registros fiables. Generalización de la gestión clínica en la que los profesionales son los protagonistas.

2.3 Modelo de la atención sanitaria

19. La realidad social, demográfica y epidemiológica de nuestro país –caracterizada por fenómenos como el envejecimiento progresivo de la sociedad, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, la incidencia al alza de la pluripatología, la polimedicación, la fragilidad y la dependencia- requiere de un **enfoque asistencial preventivo, predictivo, participativo, personalizado y poblacional, diseñado desde una perspectiva transversal, integral y multidisciplinar.**



20. El modelo asistencial ha de vertebrarse en torno a una **Medicina de precisión sustentada en la evidencia científica; un modelo totalmente coordinado desde la perspectiva de los niveles asistenciales y plenamente integrado con los servicios sociales**, en el que el ciudadano acceda al recurso asistencial más adecuado a sus necesidades dónde y cuándo lo requiera; y un modelo que cuente con los domicilios de los ciudadanos como eslabón de la cadena asistencial, en especial para los pacientes más frágiles.
21. **La continuidad de los procesos desde la Atención Primaria a la Atención Especializada y entre los diferentes servicios hospitalarios** es prioritaria, incluida la coordinación con los servicios sociales, no solo para lograr una gestión más eficiente y evitar desorientación e inseguridad a los pacientes, sino también para poder responder con calidad y equidad a la necesidad de atención sanitaria. A tal fin será preciso incorporar las nuevas rutas de comunicación que ofrecen las tecnologías y acordar protocolos de actuación con las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes. Una especial atención requieren las personas del ámbito rural y de la España despoblada que pueden beneficiarse mucho con la incorporación de nuevas tecnologías.



22. Son muchos los pacientes afectados por el virus Sars-Cov-2 para lo que se hace necesario crear **unidades específicas de atención a los pacientes COVID-19 en los centros asistenciales**, con el fin de hacer un seguimiento ante posibles secuelas.
23. Garantizar **la sostenibilidad de las Redes de Farmacias**, para su labor sanitaria, social y de cohesión territorial, en especial las situadas en zonas frágiles y despobladas.

2.4 El papel de la Atención Primaria y Comunitaria

24. La Atención Primaria y Comunitaria cuenta con una magnífica valoración por parte de la sociedad española. Los buenos resultados en salud de nuestro país se deben en buena medida a los profesionales de atención primaria (médicos, enfermeras, farmacéuticos...). Para fortalecer nuestro modelo de atención primaria hay que adaptarlo de forma efectiva a las necesidades tanto presentes como futuras de nuestro sistema sanitario.



25. **El seguimiento del paciente** a lo largo de su vida es uno de los principios en los que se basa la **Atención Primaria**, manteniendo especial atención a los **pacientes crónicos y pluripatológicos**. Las actividades preventivas, de detección precoz de enfermedades, seguimiento y control de factores de riesgo, **vigilancia epidemiológica y declaración de enfermedades** deben ser especialmente tratados dado el gran impacto que tiene sobre la salud de la población.
26. **La Atención Primaria requiere de mejoras organizativas** para aprovechar las ventajas que ofrece la innovación organizativa y la transformación tecnológica y poder conseguir una mayor satisfacción tanto de los profesionales en su desempeño como el de los pacientes. Entre ellos cabría destacar las **unidades de gestión clínica en Atención Primaria** como un vehículo para este rediseño organizativo, **potenciar el “auto cuidado”** de los pacientes, **el trabajo “cooperativo” con los profesionales de los servicios hospitalarios** a través del acceso a la historia clínica o la implantación generalizada de **la e-consulta y de las tele-consultas**, con el fin de lograr una mayor continuidad asistencial del paciente.



27. Hay que **reforzar la Estrategia de Cronicidad**, que contemple el diseño y la utilización de protocolos normalizados de los procesos de atención, disponibilidad de tecnologías para la monitorización a domicilio, el seguimiento por parte de la enfermería en los domicilios para fomentar los auto cuidados y las medidas higiénico-sanitarias, el abastecimiento de medicamentos y productos sanitarios para la corresponsabilidad de los cuidados, las e-consultas, el diálogo Web, etc. Todo ello contribuye de forma incuestionable a mejorar la coordinación y, en consecuencia, la atención sanitaria de los pacientes crónicos por parte de los profesionales de Atención Primaria.
28. Se debe potenciar la **asistencia sanitaria compartida con los centros sociosanitarios** y la coordinación entre los profesionales del centro de salud, el personal sanitario de la residencia y los especialistas en geriatría.



29. También es prioritario **incrementar la capacidad resolutive de la Atención Primaria con dotación tecnológica** que permita una mayor efectividad diagnóstica. Esta dotación será necesaria tanto para el seguimiento de pacientes en sus domicilios con video llamadas y la monitorización de sus constantes vitales, como para el equipamiento básico operativo y a pleno funcionamiento en el propio centro de salud. El trabajo de **“Medicina Comunitaria” en la Atención Primaria** debe ser desarrollado, **fomentando el trabajo cooperativo entre los “médicos centinelas” y los técnicos de salud pública y vigilancia epidemiológica** en el diagnóstico precoz y seguimiento de contactos para obtener una información rápida que permita una toma de decisiones más ágil. Se deben mantener circuitos de atención diferenciada en situaciones epidémicas como la de la COVID-19, para otros brotes epidémicos (gripe estacional, virus sincital respiratorio...) que puedan causar contagios dentro de los centros de salud.
30. Es preciso proceder a la **normalización de los motivos de consulta y diagnósticos para ganar fiabilidad en los datos de declaración de enfermedades, así como la implantación de agrupadores que faciliten el análisis.**



31. **La longitudinalidad en el seguimiento del paciente**, uno de los principios en los que se basa la Atención Primaria aconseja la participación y acceso directo a la información clínica de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, tanto a la historia clínica de cuidados paliativos como a las atenciones urgentes llevadas a cabo en los servicios de urgencia. Los sistemas de acceso deben, además, estar operativos las 24 horas.

32. **Reafirmar la Farmacia Comunitaria** como la farmacia de atención primaria, buscando la cooperación entre profesionales en beneficio del paciente, aplicando medidas para promover la proximidad en el acceso informado a los medicamentos, reforzar la atención farmacéutica domiciliaria, desarrollar programas específicos de atención farmacéutica en centros sociosanitarios y de discapacidad.

2.5 Recursos Humanos

33. Los profesionales sanitarios son el principal activo del sistema sanitario. Por ello es trascendental promover una **política integral de recursos humanos**, que desarrolle y complemente la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.



34. **La formación continuada, el desarrollo profesional y la evaluación periódica, acreditada a través de la recertificación requieren de una atención prioritaria** por parte de las administraciones sanitarias. Además, es necesario fomentar la cultura del trabajo en equipo, de modo que todos los profesionales colaboren estrechamente desde el respeto a sus respectivas competencias. Ejemplo de ello ha sido la estrecha colaboración de los profesionales durante la crisis de la COVID-19.
35. Poner en marcha un **plan de recursos humanos** cuya prioridad sea la estabilidad en el empleo, así como desarrollar una política retributiva que mejore los niveles actuales dentro del marco de diálogo normativamente establecido. Teniendo en cuenta incentivos al ejercicio de las profesiones sanitarias en el ámbito rural.
36. La formación, la investigación y en las nuevas tecnologías son clave para renovar la política de recursos humanos, siendo fundamental **implicar la actividad investigadora con la actividad asistencial y potenciar así la carrera investigadora.**



37. Es necesaria una **política de recursos humanos** que establezca objetivos a medio y largo plazo en el Sistema Nacional de Salud, tanto desde el punto de vista cualitativo (especialidades nuevas), **como respecto de su número, distribución y estabilidad en el empleo.**

En Atención Familiar y Comunitaria habrá que tener en cuenta aspectos como **coberturas en zonas de difícil acceso**, retribuciones, acceso a la especialidad vía MIR y número de plazas necesarias (médicos, enfermeras...).

38. Es necesario elaborar una planificación de las necesidades de profesionales en el sistema sanitario y para ello se debe establecer un **mecanismo permanente de coordinación con el sistema universitario** y adaptación de los planes de estudio de grado y postgrado.

39. En la **formación especializada MIR** es necesario profundizar en un proyecto formativo que sea compatible con una actividad laboral digna y con una mejora en la retribución.

40. Es evidente la necesidad de **incrementar el número de enfermeras**. También es preciso fomentar su capacitación y especialización, tanto para determinados servicios (UCI, quirófano) como dar un impulso a la enfermería en Atención Primaria, domiciliaria y en los centros residenciales.



41. Para dotar de mayor seguridad jurídica a los profesionales sanitarios en su práctica asistencial, es preciso implementar sistemas de resolución extrajudicial de conflictos y aprobar un **baremo de daños sanitarios**, evitando así situaciones de indeseable litigiosidad.

2.6 Salud Pública

42. La pandemia de la COVID-19 ha supuesto, sobre todo, una grave crisis de salud pública que ha servido para evidenciar que es necesario **reforzar la organización a nivel nacional y autonómico** y proveerla de los adecuados recursos económicos, técnicos y personales. Solo así se podrá disponer de un **sistema solvente de vigilancia epidemiológica y de control de casos y rastreo y seguimiento de contactos** para asegurar la menor transmisión posible de la infección a nivel comunitario.

43. Se establecerá una **cartera de servicios de Salud Pública** con unos indicadores, que permitan medir la situación de salud y los resultados de las acciones y ligarlos con los determinantes sociales de la salud y con las acciones encaminadas a mejorarlos.

44. La **educación sanitaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**, serán claves en nuestro sistema sanitario.



45. Es necesario el retorno de la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición** a la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad, para un mejor desempeño en todas las funciones relativas a la planificación, la coordinación y el desarrollo de estrategias que fomenten la información, la educación y la promoción de la salud en el ámbito de la nutrición y en la prevención de la obesidad.

46. **Participación en la red de vigilancia epidemiológica de los veterinarios**, dada la estrecha relación entre la salud humana, la salud animal y el respeto al medio ambiente, bajo el concepto “*One Health*” y en la prevención de epidemias y epizootias.

47. Preparación del sistema sanitario para las **campañas de vacunación**: adquisición del material de inyección necesario y soluciones digitales para la identificación y registro de los pacientes vacunados.

48. Se potenciarán los **programas y actividades de formación e información a los ciudadanos** para mejorar la prevención de enfermedades y los hábitos de vida saludables, así como la vacunación según el calendario vacunal que será objeto de periódicas revisiones.



2.7 Medicina predictiva, personalizada, preventiva y participativa. Salud digital

49. La sociedad española, cada vez más envejecida y afectada por enfermedades crónicas y por fenómenos como la pluripatología, la fragilidad, la discapacidad y la dependencia, requiere **más promoción de la salud, así como una medicina preventiva, predictiva, participativa, personalizada, de precisión y poblacional** en la que el paciente adopte un rol proactivo, copartícipe y se sienta corresponsable de su salud.
50. En la Sanidad del Siglo XXI es imprescindible la **transformación digital** para dar así paso a la inteligencia artificial, el Big data, el blockchain, la telemedicina o la medicina personalizada de precisión. Hace falta definir e impulsar una **Estrategia Nacional de Transformación Digital** con objetivos a medio y largo plazo y constituir en el Consejo Interterritorial una Comisión Permanente para ello contando con representantes y expertos de los sectores afectados.



51. **La digitalización de la Sanidad** tiene efectos muy positivos en la práctica clínica, en la gestión de recursos económicos y en las relaciones con los pacientes, así como en la investigación y en el conocimiento científico. El Big Data nos permite detectar enfermedades en estadios iniciales. El blockchain está preparado para responder a la descentralización de datos médicos y de la interacción de múltiples agentes – sanitarios y no sanitarios – en los resultados en salud, o el uso de la telemedicina.
52. Promover el apoyo de los servicios de salud a la **transferencia de la tecnología biomédica española**.
53. Todas las Comunidades Autónomas realizan en mayor o menor medida, pruebas genéticas y anatomo-patológicas que se engloban dentro de la medicina personalizada de precisión a nivel asistencial y son los propios servicios de los hospitales los que manejan y gestionan sus propias carteras de servicios. Hace falta una **cartera de servicios de medicina personalizada** a nivel nacional que podría estar en el marco de una **Estrategia Nacional sobre medicina de precisión**, que fue respaldada por el Senado y que definiría recursos económicos, agentes involucrados, subproyectos y plazos de avance.



54. **La historia clínica digital, el portal del paciente, la e-consulta, la telederma, la tele formación, la tele asistencia domiciliaria, la relación con la Atención Primaria y con los Centros sociosanitarios** se han hecho imprescindibles. Por ello es necesario garantizar el acceso a estos servicios, respetando el principio de equidad y el de cohesión solidaria entre los Servicios Autonómicos de Salud.

2.8 I+D+i y la producción de vacunas.

55. La **investigación biomédica y los ensayos** representan grandes avances en España, situándonos entre el grupo de países con mejores condiciones para acoger proyectos internacionales de I+D para lo que es imprescindible **implicar a todos los agentes** y hacer frente a los grandes retos que este desarrollo plantea: la revolución en biotecnología a través de nuevas terapias moleculares, genéticas y celulares.

56. Es preciso establecer cuantas medidas puedan **incentivar y promover la investigación y desarrollo** en nuestro sistema sanitario, a partir de la atracción a este área estratégica de **profesionales cualificados** y del objetivo de depender, lo menos posible, de lo que hagan terceros países. España, que dedica actualmente un 1,2% del PIB a I+D+i, debe aspirar incrementar este tipo de inversiones hasta el 2%.



57. Es esencial **innovar en áreas** que ofrezcan soluciones sostenibles en ámbitos como los **medicamentos, terapias avanzadas, vacunas, enfermedades raras, la longevidad, la protección del medio ambiente y el cambio climático**, así como apostar por la **biotecnología y las ciencias de la vida como sector estratégico**.
58. Con el fin de acelerar el desarrollo, fabricación y despliegue de vacunas contra la COVID-19 España ha de contar con una **Estrategia de Vacunas** en coordinación con Europa.
59. Han de **incrementarse los esfuerzos y los recursos destinados a la investigación, el desarrollo y la innovación biomédicos** como fundamento para mejorar los resultados en salud, estrechando lazos entre universidades, centros asistenciales, industria y organismos públicos de investigación, e impulsando la especialización competitiva desde una mayor convergencia con la Unión Europea.



60. Deben **respaldarse las actividades de I+D+i a cargo del Instituto de Salud Carlos III desde su retorno al Ministerio de Sanidad**, como órgano de apoyo científico-técnico del Sistema Nacional de Salud. El trabajo desarrollado en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, en el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, en la Fundación Centro Nacional de Investigación en Enfermedades Neurodegenerativas, en los institutos de investigación sanitaria, en las redes de investigación cooperativa en salud, o los centros de investigación biomédica en red es pionero y debe ser respaldado tanto para las patologías de mayor prevalencia -cáncer, cardiopatías, enfermedades neurodegenerativas, salud mental- como en las menos frecuentes -esencialmente, las raras-.
61. Potenciar **la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios** que cuenta con excelentes profesionales y ha sido trascendental su labor durante la pandemia.



2.9 La industria sanitaria y farmacéutica

62. La **industria farmacéutica y la de tecnologías sanitarias** han de considerarse aliadas estratégicas del sistema sanitario a la hora de poner la **innovación al servicio de los ciudadanos**. La generación de sinergias entre las administraciones sanitarias y la industria, es esencial para favorecer una respuesta satisfactoria y sostenible a las necesidades asistenciales crecientes y cada vez más complejas.
63. El **Programa Profarma**, que arranca en 1986, necesitaría una actualización, al igual que los incentivos fiscales, en particular los relativos a medicamentos huérfanos.
64. Elaboración de un mapa tecnológico de necesidades junto a las Comunidades Autónomas y poner en marcha un **Plan de Renovación de Tecnología Sanitaria**.
65. La **evaluación de medicamentos y de tecnologías** es imprescindible por razones de sostenibilidad y de eficiencia del sistema sanitario, Para ello sería conveniente establecer una **Agencia de Evaluación de Medicamentos y Tecnologías**, independiente y profesional con capacidad decisoria, similar a la NICE británica. Por iguales razones sería importante avanzar en la utilización de nuevas y transparentes formas de financiación y fijación de precios, como el riesgo compartido, la aportación de valor u otras similares.



66. Establecer líneas de colaboración **con la industria farmacéutica de medicamentos genéricos** y la de **los biosimilares**, así como con el sector de las **empresas españolas biotecnológicas y de tecnología sanitaria** con el objetivo de favorecer el autoabastecimiento o reducir cuanto menos la dependencia frente a otros países para garantizar ‘stock’ de este tipo de productos.
67. Ante futuras emergencias de salud pública o nuevas ondas epidémicas es necesario establecer una “**Reserva Estratégica de Productos Sanitarios Críticos**”, en coordinación con el sector tecnológico sanitario.
68. Las **actividades del sector de hospitales y centros sanitarios privados**, que han colaborado intensamente en la gestión de la pandemia, requieren una cierta actualización en consonancia con el tiempo transcurrido desde que se aprobó la Ley General de Sanidad en 1986, configurando líneas ágiles y transparentes para desarrollar su papel de apoyo dentro del sistema sanitario.



2.10 Coordinación servicios sanitarios y sociales

69. Se deberá aprobar un **Plan de atención para personas frágiles** (mayores y dependientes) ante situaciones extremas como las vividas como consecuencia de la Covid-19, con canales de información para las familias y protocolos para la coordinación entre residencias, hospitales y centros de salud.
70. Se deberá establecer una **Reserva estratégica de materiales de protección personal** tanto para personas que viven en los centros como para los trabajadores de los mismos.
71. Se deberá acordar entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas una **Estrategia de Atención y Coordinación sociosanitaria** para dar respuesta, con medidas de apoyo, a las necesidades de asistencia a mayores y dependientes, vivan en su domicilio o en Residencia. La Estrategia incluirá objetivos, indicadores y servicios, velando por la calidad de estos y la salvaguarda de la dignidad y los derechos de los mayores. Para su elaboración se contará con las Asociaciones de Mayores y Entidades que participan en el sector.



72. Para reforzar el capital humano en los centros sociosanitarios, residencias y atención a domicilio se hace necesario acordar un **Plan de Recursos Humanos** que incluirá programas de formación, de desarrollo profesional y de reconocimiento de su aportación social y profesional. Dentro de este Plan se establecerá una coordinación con los profesionales sanitarios de todas las áreas asistenciales en cuanto a sus protocolos y guías de actuación.
73. Se fomentará la **creación de equipos multidisciplinares para la atención a pacientes mayores** complejos con enfermedades crónicas y degenerativas, con la participación de médico y enfermera especialistas en geriatría.
74. Promover la incorporación de más recursos tecnológicos y sanitarios a las residencias.



2.11 Actualización del marco normativo sanitario

75. Se acordará un Programa de reformas legales para facilitar el cumplimiento de los objetivos de mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y de las políticas de Salud Pública. En especial se adoptarán medidas a incluir en la Ley General de Sanidad, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley General de Salud Pública, Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, Ley de Investigación Biomédica, Ley Básica de Autonomía del Paciente y Ley de Dependencia.

2.12 Modelo de financiación y criterios para una gestión coste/eficiente

76. Es prioritario abordar un nuevo **modelo de financiación sanitaria**, que permita la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y posibilite la calidad de servicios y prestaciones. La Ley General de Sanidad de 1986 en su título VII establecía la sostenibilidad del gasto sanitario y en sus disposiciones transitorias se condicionó su aplicación a las posibilidades presupuestarias, condicionante que ha permanecido a lo largo de los años. Aunque no han faltado algunas iniciativas, este problema subsiste. En el seno del Consejo Interterritorial y en el Consejo de Política Fiscal y Financiera habrían de debatirse criterios y compartir soluciones para introducir los necesarios



cambios legales a fin de alcanzar un acuerdo sobre los criterios y niveles de financiación sanitaria adecuados y tener en cuenta la evolución y mejora de los resultados en salud que se definan.

77. Se adoptarán medidas para poner fin a las excesivas diferencias de los recursos destinados a la financiación sanitaria entre las Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta sus especiales características en cuanto a envejecimiento, dispersión, necesidad de nuevas inversiones en infraestructuras y equipamiento o referencias nacionales.
78. Cuando se **incorporan prestaciones a la cartera común de servicios** estas tienen que **contar con financiación**, de modo que, una vez incorporadas a dicha cartera, se respetará en todo momento su prescripción por parte de los profesionales para las indicaciones para las que se ha aprobado su incorporación, respetando así los derechos de los pacientes en todo el territorio nacional.
79. Habrá que dotar adecuadamente al **Fondo de Cohesión** para que desempeñe el papel de hacer efectiva la solidaridad Interterritorial y apoyar el desarrollo de Planes Nacionales. Su articulación se definirá en el Consejo Interterritorial.



2.13 Hacia un Pacto de Estado para la Sanidad

80. Para lograr que el Sistema Nacional de Salud, que ha sido sometido a una presión sin precedentes, pueda seguir siendo uno de los mejores del mundo y uno de los pilares fundamentales de nuestro estado del bienestar, es necesario llevar a cabo reformas estructurales además de dotarlo con los recursos necesarios. Este debe ser un compromiso de todos que nadie debe eludir y por eso ahora más que nunca todas las fuerzas políticas deberíamos alcanzar un **Pacto de Estado por la Sanidad** que tendría que dar acogida a las propuestas que aquí aparecen recogidas, siendo el consenso político y social la mejor vía para dar estabilidad a las medidas reformadoras.